

Rationales Entscheiden: Zweck-Mittel-Orientierungen beim Vorsorgeverhalten

Oeter, Karl

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Oeter, K. (1979). Rationales Entscheiden: Zweck-Mittel-Orientierungen beim Vorsorgeverhalten. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 224-227). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-136009>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Rationales Entscheiden: Zweck-Mittel-Orientierungen beim Vor-sorgeverhalten

Karl Oeter

I. Ausgangspunkt

Die Medizin stellt ein Handlungssystem dar, das über die Heilung oder zumindest Linderung von Leiden hinaus zunehmend der Prävention dient und damit der Herstellung von so etwas wie Sicherheit (vgl. hierzu KAUFMANN 1973) in einem elementaren Bedürfnisbereich. Dazu wurden spezielle Technologien entwickelt und im Rahmen der Gesundheitspolitik institutionalisiert, ohne daß es bisher allerdings gelungen wäre, die sozialen Probleme im Zusammenhang damit auch nur einigermaßen befriedigend zu lösen. Dabei zeigen sich mehrere Widersprüche:

(1) In einigen Teilbereichen (z.B. der Empfängnisregelung) existieren zwar Technologien, die eine nahezu absolut sichere Prävention garantieren, diese werden jedoch nur unzureichend genutzt, wobei sich eine erhebliche soziale Ungleichheit darstellt; (2) eine Bedingung dafür liegt in der sogenannten "Patientensteuerung" der Gesundheitsdienste (v. FERBER 1971), d.h. in der Tatsache, daß die medizinischen Laien vor der eventuellen Nutzung der Prävention von sich aus aktiv werden müssen und dabei nach ihren (laienhaften) Kriterien entscheiden. Deshalb wird oft gefordert, dieses Steuerungsprinzip aufzugeben, womit die medizinischen Dienste ihre Angebote in verstärktem Maße an die potentiellen Nutzer herantragen sollen. Damit ist jedoch eine zunehmende "Medikalisierung" der Gesellschaft verbunden, die eine ganz erhebliche Gefahr der sozialen Kontrolle nach den Zielen und Wertmaßstäben der Medizin beinhaltet (ZOLA 1972). (3) Teilweise sind mit der Prävention selbst oder mit Folgemaßnahmen negative "Neben"-Wirkungen verbunden, die die Bilanz der Prävention zumindest in den Augen der (potentiellen) Nutzer negativ erscheinen lassen kann.

II. Fragestellung und theoretisches Modell

Die Prävention stellt damit ein in sich widersprüchliches System dar. An diesem Punkt setzt eine empirische Untersuchung ein, bei der letztlich drei Fragen interessieren:

- (1) Welche Ziele verfolgen die potentiellen Nutzer im Zusammenhang mit ihrem je unterschiedlichen Vorsorgeverhalten?
- (2) Für wie geeignet halten sie ihre Handlungen sowie nicht genutzte Handlungsalternativen, um ihre Ziele zu erreichen, ihre Bedürfnisse zu befriedigen bzw. ihre Motive umzusetzen, und welche Konflikte ergeben sich dabei?
- (3) Wie strukturiert die soziale Lage der Individuen ihre Bedürfnisse, ihre Vorstellungen von der Eignung der Alternativen, die Konstellation der Handlungsintentionen und die Chance, diese Intentionen auch zu realisieren?

Damit wird eine Analyse von Ziel-Mittel-Relationen unter Berücksichtigung der sozialen Situation der Individuen versucht. Es werden dabei die zwei Elemente erfaßt, die bereits MERTON bei der Analyse von abweichendem Verhalten berücksichtigt hat, nur daß hier nicht kulturelle, sondern die je unterschiedlichen individuellen Ziele interessieren. Entsprechend wurde ein "Erwartungs-mal-Wert-Modell" aus der traditionellen Entscheidungstheorie verwendet, in das Elemente aus der LEWINSchen Feldtheorie einfließen (vgl. hierzu LANGENHEDER 1975) und das in einigen Details weiter modifiziert wurde. Als Untersuchungsbereich wurde dabei die Empfängnisverhütung gewählt, die der primären Prävention zuzurechnen ist und die sich im Spannungsfeld zwischen Laienmedizin und institutionalisierter Medizin abspielt (zum Ober-

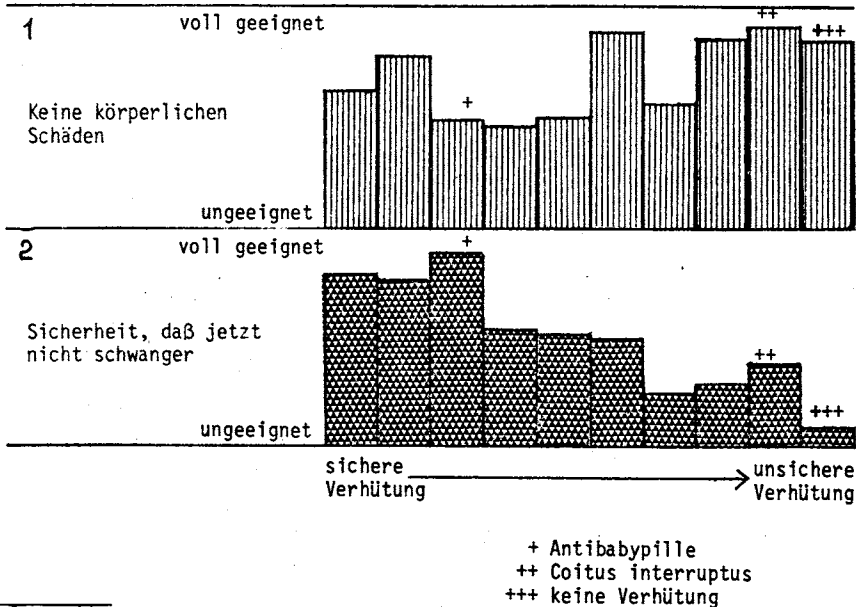
blick vgl. OETER 1975).

III. Ausgewählte Ergebnisse^{*)}

Bei einer hochstandardisierten Operationalisierung (Motivintensitäten erfaßt durch modifizierten Paarvergleich, eingeschätzte Eignung der Mittel durch LIKERT-Skalen) und Befragung von 460 in heterogenen ökologischen Gebieten repräsentativ ausgewählten deutschen Frauen im Alter von 20 - 40 Jahren kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

Das in der Gesamtheit durchschnittlich wichtigste Bedürfnis ist nicht das manifeste Ziel nach Empfängnisverhütung (dieses steht erst an zweiter Stelle), sondern das Bedürfnis, körperliche Schäden im Zusammenhang mit der E. zu vermeiden. Dies dürfte nicht zuletzt deshalb so stark gewichtet werden, weil bei einer ganzen Reihe von Methoden (insbesondere der "Pille") entsprechende Befürchtungen immer wieder aktualisiert werden. Dabei konnte die Hypothese bestätigt werden, daß die soziale Lage der Befragten ihre Motivstruktur beeinflusst; z.B.: die Relation zwischen den beiden Motiven ist altersabhängig: bei "jungen" Frauen findet sich ein leichtes Übergewicht des manifesten Zieles, mit zunehmendem Alter jedoch schiebt sich das "latente" Ziel immer mehr in den Vordergrund. Und: je niedriger der Ausbildungsstand, desto geringer wird das Bedürfnis gewichtet, im seelischen Gleichgewicht nicht beeinträchtigt zu werden, desto stärker jedoch wiegt ein Item, das auf ein traditionelles Frauenstereotyp hinweist.

Bei der Analyse der eingeschätzten Eignung für die beiden wichtigsten Motive ergibt sich folgendes Bild:



^{*)} Die Ergebnisse entstammen einer Studie, die gemeinsam mit M. Wilken mit finanzieller Förderung des BMJFG durchgeführt wurde. Zu näheren Einzelheiten vgl. den Abschlußbericht vom Herbst 1978.

Körperliche Schäden werden tendenziell eher bei "sicheren Methoden" befürchtet. Die subjektiv eingeschätzte Sicherheit entspricht dagegen grob gesehen der objektiven Sicherheit, wobei allerdings (a) die beiden sichersten Methoden (Sterilisation, 1. und 2. Säule) als weniger geeignet angesehen werden als die Pille (response-sets; Stereotypbildungen; Verleugnungen; diese Mechanismen dürften aber auch in der Realität entscheidungsrelevant werden) und (b) eine besonders traditionelle Methode (Coitus interruptus) als zu sicher eingestuft werden. Sichere Methoden werden in einigen wichtigen Bereichen um so positiver eingeschätzt, je jünger, besser ausgebildet und weniger konfessionell gebunden die Befragten sind. Objektiv unsichere Verfahren werden demgegenüber um so positiver eingestuft, je höher das Alter, je niedriger Schulabschluß und Sozialstatus und je höher schließlich die Kirchenbindung ist.

Die Nutzer einer Methode schätzen ihre Methode generell positiver ein als die Nichtnutzer. Dabei halten die Nutzer besonders die tendenziell eher problematischen Eigenschaften ihrer Methode für weniger bedenklich; dabei ist das Ausmaß der "Überschätzung" durch die Nutzer bei der Sicherheit der Empfängnisverhütung größer als bei dem Bedürfnis nach gesundheitlicher Unbedenklichkeit. Offenbar kann man sich also im Bereich der Empfängnisverhütung eher etwas vormachen als im gesundheitlichen Bereich, da dieser in verschiedensten Lebensbezügen immer wieder aktiviert wird und damit offensichtlich dominant ist.

Obwohl die Nutzer ihre Methode in den tendenziell eher problematischen Eigenschaften positiver einschätzen, blenden sie Konflikte keineswegs ganz aus. So hält nur die Hälfte die angewendete Methode in gesundheitlicher Hinsicht und in bezug auf die Sicherheit der E. für optimal geeignet, bei gut einem Viertel existieren schwache, bei einem weiteren Viertel starke Konflikte. Doch auch die Tatsache der Konfliktfreiheit ist nicht unproblematisch, können wir hierbei doch mit größerer Wahrscheinlichkeit ein relativ niedrigeres "Komplexitätsniveau", d.h. so etwas wie concreteness mit der Gefahr des um so leichteren "Umkippens" von Einschätzungen in Streß-Situationen z.B. infolge situativer Belastungen erwarten (SCHRODER u.a. 1975).

Das letzte Ergebnis leitet zur Diskussion des Modells über. Danach sollte die Alternative gewählt werden, die die höchste Valenz besitzt. Das ist in 60% der Fall. Wenn wir auch nur geringe Toleranzen zulassen, steigt die Kompatibilität der Modellvorhersage mit den tatsächlichen Handlungen beträchtlich an. Aber: diese Übereinstimmung ist bei der Gruppe mit Abstand am geringsten, die keinerlei Prävention betreibt. Das kann als Hinweis dafür angesehen werden, daß die Zweck-Mittel-Relation in dieser Gruppe am ungünstigsten ist. Vielleicht sind deren Entscheidungen tatsächlich weniger rational. Es wird allerdings derzeit noch die Hypothese überprüft, ob die Angehörigen dieser Gruppe häufiger an äußeren Barrieren scheitern, was dann als Ausdrück dafür angesehen werden kann, daß sie eine geringere Chance haben, ihre Handlungsintentionen zu verwirklichen.

IV. Abschließende Diskussion des Modells

Mit diesem Ergebnissen hat das Modell seinen forschungsleitenden Wert erwiesen, obwohl "keine Homomorphie zwischen psychologischem Prozeß und Struktur des Modells" (FEGGER 1975) postuliert werden kann. Es stellt sich vielmehr eine Reihe von Fragen grundsätzlicher Natur, wie sie anläßlich einer Arbeitsgruppe der Sektion im Herbst 1978 bereits einmal ähnlich formuliert wurden:

Wieviel von dem, was wir als Motive oder Instrumentalitäten messen, ist tatsächlich handlungssteuernd, und wieviel ist Ergebnis von retrospektiven

Dissonanzreduktionen, Verleugnungen, Legitimierungen? (Bei der Analyse der Instrumentalitäten fanden sich Hinweise für derartige Mechanismen).

Was nützt die Kenntnis der Instrumentalitäten? Wieviel davon läßt sich auf Informationsdefizite zurückführen, die sich durch kognitiven Input beheben ließen? Wieviel davon ist Ergebnis von Interaktionen und ggf. konfliktreichen Aushandlungen, welche Interessen fließen dabei ein? Wieviel ist schließlich relativ stabiles Ergebnis langfristiger Sozialisationsprozesse, auch als Ergebnis der Arzt-Patient-Beziehung?

Wie werden schließlich Einzelelemente, die in die Entscheidung einfließen, miteinander verknüpft? Sicher nicht so, wie es die Entscheidungstheorie mit ihren normativen Modellannahmen postuliert, die so rigide sind, daß die Theorie sich in Teilbereichen auf Entscheidungslogik reduziert.

Welche weiteren Elemente müßten bei der Analyse individueller Entscheidungen berücksichtigt werden? (Die elaboriertere Theorie nimmt hierzu idealtypische Konstruktionen von Handlungsketten an, wobei postuliert wird, man könne für jede Teilhandlung wiederum eine Valenz berechnen; Teilhandlungen mit negativer Valenz werden dann als "Widerstand" angesehen (LANGENHEDER 1975); der Meßaufwand ist jedoch bei etwas differenzierteren Ansätzen kaum noch zu bewältigen).

Welchen Einfluß nehmen schließlich emotionelle, situative, institutionelle oder kulturelle Rahmenbedingungen?

Wo ist die Grenze eines Paradigmas erreicht und der Punkt gekommen, wo auch innerhalb einer Disziplin oder sogar eines Forschungssettings mehrere Paradigmata gleichzeitig gewählt und die Spannungen zwischen ihnen ertragen werden müssen? (Eine umfangreichere theoretische Analyse hierzu ist derzeit in Arbeit).

Letztlich müssen wir dabei der Auffassung von HENDEL-KRAMER und SIEGRIST (1979) zustimmen, daß das "Krankheitsverhalten (und Gesundheitsverhalten)" mit einem rationalen Entscheidungsmodell nicht adäquat erfaßt werden kann". Wir insistieren jedoch darauf, daß dieses Modell unter den vorgegebenen Einschränkungen erheblichen Wert für eine Makroanalyse besitzt und sinnvolle, gut interpretierbare Ergebnisse liefert. Damit wird keinesfalls der Anspruch erhoben, "alles" zu erklären. Und eine Ergänzung durch andere Paradigmata (z.B. ein institutionstheoretisches P.) und andere Forschungsstrategien (z.B. sorgfältig auf die gleichen Dimensionen abgestimmte Tiefeninterviews) wird dagegen als sehr sinnvoll angesehen, letzteres wurde in einem späteren Forschungsprojekt realisiert.

Literatur:

- FEGER, H.: Konflikterleben und Konfliktverhalten, Bern (Huber) 1978; v. FERBER, Chr.: Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart (Kohlhammer) 1971; HENDEL-KRAMER, A. u. J. SIEGRIST: Soziale und psychische Determinanten des Krankheitsverhaltens, in: J. SIEGRIST u. A. HENDEL-KRAMER: Wege zum Arzt, München (Urban & Schwarzenberg) 1979; KAUFMANN, F.-X.: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem, Stuttgart (Enke) 1973; LANGENHEDER, W.: Theorie menschlicher Entscheidungshandlungen, Stuttgart (Enke) 1975; OETER, K.: Psychosoziale Bedingungen der Schwangerschaftsverhütung - Ein medizin-soziologischer Beitrag zum kontrazeptiven Verhalten, KZfSS 27, Heft 2 (1975) S.224-270; SCHRODER, H.M., M.J. DRIVER u. S. STREIFFERT: Menschliche Informationsverarbeitung, Weinheim u. Basel (Beltz) 1975; ZOLA, I.K.: Medicine as an institution of social control, Sociological Review 20 (1972) 487-540